VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI DO SPRAW KONTROLI PAŃSTWOWEJ (NR 54)**

z dnia 21 lutego 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 54)

21 lutego 2013 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posła **Mariusza Błaszczaka (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Cezary Rzemek** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jadwiga Parada** naczelnik wydziału w Departamencie Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Ministerstwie Edukacji Narodowej, **Lech Rejnus** dyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Arkadiusz Kosowski** dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Tadeusz Cieśluk** i **Tadeusz Oset** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Witam państwa posłów, witam naszych gości: przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę państwa – zwracam się do państwa posłów – czy są uwagi do porządku dziennego posiedzenia? Nie słyszę. Stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty.

Przystępujemy do realizacji punktu pierwszego porządku dziennego posiedzenia – rozpatrzenia informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

Proszę przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli o zabranie głosu. Proszę bardzo.

Wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli Piotr Wasilewski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Piotr Wasilewski, wicedyrektor departamentu zdrowia.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, na wstępie, przybliżając tematykę kontroli, o której będziemy dzisiaj dyskutować, chciałbym w dwóch słowach zapoznać państwa ze specyfiką funkcjonowania systemu państwowego ratownictwa medycznego. System ten stworzono w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia zdrowotnego. Jego wdrażanie rozpoczęto dosyć dawno, bo jeszcze w 1999 roku, kiedy nie obowiązywały jeszcze żadne przepisy w tej dziedzinie. Pierwszą ustawę o państwowym ratownictwie medycznym Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił 25 lipca 2001 roku, weszła w życie w ograniczonym zakresie od stycznia 2003 roku. Od tego czasu wielokrotnie zmieniały się przepisy regulujące organizację oraz zasady funkcjonowania i finansowania systemu ratownictwa medycznego.

W przeszłości Najwyższa Izba Kontroli dwukrotnie przeprowadziła kontrolę dotyczącą wdrażania systemu i w obu wypadkach wyniki kontroli dały podstawę do negatywnej oceny zarówno sposobu, jak i stanu wdrażania systemu. Sformułowaliśmy szereg wniosków dotyczących m.in. wzmocnienia nadzoru Ministra Zdrowia nad tym procesem, poprawy koordynacji działań zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i wojewodów, a także zapewnienia odpowiedniego wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, zapewniającego pacjentom udzielanie świadczeń z zachowaniem obowiązujących standardów. W efekcie udało się wyeliminować szereg nieprawidłowości z systemu, którego funkcjonowanie badaliśmy w czasie ostatniej kontroli, obejmującej lata 2009 – 2011. Kontrola

ta dotyczyła działań państwowego ratownictwa medycznego na różnych szczeblach organizacyjnych. Zbadaliśmy ogółem 37 podmiotów – wybrane urzędy wojewódzkie, oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w tym 10 szpitali, 8 stacji pogotowia ratunkowego.

Sformułowaliśmy ocenę pozytywną, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości. Dlaczego taka ocena? Otóż system generalnie zapewniał szybkie udzielenie pomocy na miejscu zdarzenia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także kierował do wyspecjalizowanych szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdzie obok kontynuacji akcji ratowniczej możliwa była również odpowiednia diagnostyka, a także następnie podjęcie decyzji o sposobie dalszego leczenia. W badanym okresie liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych wzrosła o ponad 6 proc., stworzono również 14 centrów urazowych w szpitalach o najwyższym stopniu referencyjności, służących leczeniu osób, które doznały ciężkich, mnogich, wielonarządowych obrażeń ciała, zakup zaś nowoczesnych śmigłowców EC-135 dla lotniczego pogotowia ratunkowego umożliwił wykonywanie większej liczby lotów oraz misji nocnych, których nie można było wykonywać na poprzednio użytkowanych śmigłowcach Mi-2.

Efektywność działania systemu obniżały jednak stwierdzone przez NIK nieprawidłowości, polegające przede wszystkim na obciążeniu jednostek systemu zadaniami, które wykraczały poza zadania ustawowe, niewystarczającej obsadzie osobowej w wypadku niektórych wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, wypadkach przekraczania ustawowego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oraz, niestety, dalszego braku zintegrowanego jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego.

Szpitalne oddziały ratunkowe, czyli newralgiczny punkt systemu, udzielały świadczeń zdrowotnych również tym osobom, które nie znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowotnego, a więc nie kwalifikowały się do takiej formy pomocy. Działania te stanowiły naruszenie ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, chociaż oczywiście były zgodne z ustawą o zawodzie lekarza. W poszczególnych kontrolowanych podmiotach takich osób niekwalifikujących się do świadczeń ratowniczych było od 30 do 80 proc. Podam może przykład Szpitala Bielańskiego w Warszawie, gdzie na 160 osób średnio przyjmowanych dziennie świadczeń ratowniczych w istocie wymagało jedynie 40. Podobna sytuacja była np. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie czy w Szpitalu Miejskim w Poznaniu, gdzie odpowiednio co drugi bądź co trzeci pacjent nie wymagał zastosowania żadnych procedur ratowniczych. Skrajny przypadek to np. Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze, gdzie 80 proc. pacjentów, których przyjęto i zdiagnozowano, w ogóle nie powinno tam trafić.

Jakie są tego przyczyny? W ocenie NIK sytuacja ta byłą konsekwencją ograniczonej dostępności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielanej w różnych formach oraz braku skutecznego mechanizmu pozwalającego na ograniczenie świadczeń dla osób, które nie znajdują się w stanie zagrożenia zdrowotnego. Osobom tym powinny być udzielane świadczenia przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych lub nocnej i świątecznej pomocy doraźnej.

Jakie to stanowiło zagrożenie? Otóż przede wszystkim stanowiło to zagrożenie dla samych pacjentów, dla tych pacjentów, którzy właśnie potrzebują pomocy ze strony szpitalnych oddziałów ratunkowych, a również pojawiła się groźba likwidacji tych oddziałów w sytuacji, gdy na skutek wzrostu kosztów stają się one coraz bardziej deficytowe dla szpitali. Ponadto nowe centra urazowe, które funkcjonowały w części kontrolowanych szpitali, również miały problemy, ponieważ kierowani tam byli wszyscy pacjenci z urazami, a nie te osoby, które spełniały precyzyjnie opisane kryteria kwalifikacji transportu pacjentów do ośrodka urazowego. Centra te powinny leczyć głównie poszkodowanych z obrażeniami wielonarządowymi, czyli z reguły ofiary wypadków wymagające szybkiej diagnostyki i odpowiedniej pomocy specjalistycznej.

W okresie objętym kontrolą sukcesywnie rosła liczba wyjazdów realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego, ale część z nich – w niektórych wypadkach nawet 20 czy 30 proc. – nie dotyczyła stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. W świetle ustawy o państwowym ratownictwie medycznym budziła wątpliwość konieczność użycia tutaj zespołów ratownictwa medycznego.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli stan taki wynikał właśnie z braku mechanizmu pozwalającego na eliminowanie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego do zadań, które wykraczały poza zakres wskazany w ustawie o państwowym ratownictwie medycznym. Były to wyjazdy do stwierdzenia zgonów, wyjazdy do zachorowań niekwalifikujących się do świadczeń ratowniczych czy też nawet przewozy międzyszpitalne, które powinny być wykonywane przez szpital leczący. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła również uwagę, że maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia był przekraczany średnio w przypadku co dziesiątego realizowanego wyjazdu.

Z czego to się brało? Nadużywanie przez pacjentów karetek ratownictwa medycznego było przede wszystkim efektem prób pominięcia kolejki do leczenia specjalistycznego, a także ograniczonej dostępności nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Co więcej, zdaniem niektórych dyrektorów kontrolowanych stacji pogotowia ratunkowego pracownicy lecznictwa otwartego instruują pacjentów, jak uruchomić system ratownictwa medycznego, który ich w praktyce wyręcza.

Pragnę podkreślić, że Najwyższa Izba Kontroli przeprowadzi w tym roku kompleksową kontrolę właśnie systemu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, podczas której będziemy zwracać szczególną uwagę na dostępność tej pomocy w poszczególnych regionach kraju, a także na rozmieszczenie punktów, w których jest ona udzielana. Z ostatnich sygnałów prasowych wynika, że pacjenci są niedoinformowani co do takiej formy pomocy.

Kolejnym problemem stwierdzonym, przez Najwyższą Izbę Kontroli były braki kadrowe. Stan zatrudnienia w stacjach pogotowia, nie zawsze, niestety, był zgodny z rzeczywistymi potrzebami. Brakowało przede wszystkim lekarzy, ale niekiedy także pielęgniarek, ratowników medycznych czy dyspozytorów. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na niebezpieczne rozwiązania stosowane w tym zakresie. Otóż w wypadku braków kadrowych wysyłane są do wezwań zespoły ratownicze specjalistyczne w niepełnym składzie. Dotyczy to przede wszystkim świąt, dni wolnych. No i w wypadku braków kadrowych uzupełniano je osobami pracującymi na podstawie umów cywilnoprawnych, niektórzy lekarze pracowali w ten sposób nawet kilkaset godzin miesięcznie. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli nadmierne obciążenie pracą personelu medycznego, nawet przyjmując, iż część dyżurów polegała tylko na gotowości do udzielania świadczeń, stwarza zagrożenie dla zdrowia, bezpieczeństwa personelu, ale może mieć też negatywny wpływ, na jakość udzielanych świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła również uwagę na różnice poziomu kształcenia ratowników medycznych w szkołach policealnych, gdzie obowiązuje minimum 2100 godzin zajęć, i w szkołach wyższych, gdzie liczba zajęć jest znacznie większa – minimum 3800 godzin. Różnice te w praktyce nie miały jednak znaczenia przy kompletowaniu obsady zespołów ratownictwa medycznego.

Nie mieliśmy natomiast większych zastrzeżeń do sposobu realizacji przez wojewodów zadań wynikających z ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Przypomnę, że właśnie wojewodowie decydowali o liczbie i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego, a także ich rozmieszczeniu na terenie poszczególnych województw. Spośród kontrolowanych wojewodów to wojewoda lubuski nie podjął skutecznych działań mających na celu równomierne pod względem liczby wyjazdów obciążenie tych zespołów.

Zróżnicowana była również liczba zespołów przypadających na 100 tys. mieszkańców. W skali kraju najlepiej sytuacja przedstawiała się w województwie lubuskim i warmińsko-mazurskim; było tam ponad 5 zespołów na 100 tys. mieszkańców. Najsłabiej w tym zestawieniu wypadała Małopolska, Wielkopolska i Śląsk – nieco ponad 3 zespoły na 100 tys. mieszkańców, przy czym liczba ta i tak jest wyższa, niż zakładano, tworząc system.

Wszyscy wojewodowie sprawowali nadzór nad funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego na terenie poszczególnych województw, przeprowadzali kontrolę jednostek systemu, zarówno we własnym zakresie, jak też otrzymywali informacje o wynikach kontroli zrealizowanych przez oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Trzech wojewodów spośród ośmiu objętych kontrolą nie korzystało natomiast z uprawnień do przeprowadzania kontroli jednostek współpracujących z systemem społecznych organizacji ratowniczych, które w ramach swoich zadań statutowych są zobowiązane do niesienia

pomocy osobom w stanie zagrożenia zdrowotnego. Pozostałych pięciu wykorzystało tę możliwość w znikomym stopniu.

Zwróciliśmy też uwagę na niebezpieczną tendencję, że wojewodowie sporadycznie korzystali z uprawnień do przeprowadzenia kontroli podmiotów organizujących kursy czy szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Ich działania w tym obszarze ograniczały się do zatwierdzania programów kursów, nie kontrolowali natomiast zarówno jakości, jak też kwalifikacji kadry dydaktycznej. Oczywiście, zwróciliśmy na to uwagę w wystąpieniach pokontrolnych.

W żadnym badanym województwie nie funkcjonował w okresie objętym kontrolą system powiadamiania ratunkowego w rozumieniu obowiązujących przepisów. Zadania centrów powiadamiania ratunkowego wykonywały bądź to jednostki organizacyjne policji, bądź to Państwowej Straży Pożarnej. Prace zmierzające do stworzenia jednolitego zintegrowanego systemu powiadamiania ratunkowego nie zostały zakończone, na co wpływ miała także zmiana przepisów dotyczących tworzenia i funkcjonowania centrów powiadamiania. Najwyższa Izba Kontroli już wielokrotnie zwracała uwagę na wady dotychczas funkcjonujących rozwiązań, opartych na zróżnicowanym oprogramowaniu łączności i niekompatybilnych niekiedy systemach.

W związku z wynikami kontroli, poza licznymi wnioskami skierowanymi do jednostek kontrolowanych, Najwyższa Izba Kontroli starała się wypracować pewne wnioski systemowe, przy czym należy naszym zdaniem zwrócić uwagę, że ograniczenie wykorzystywania szpitalnych oddziałów ratunkowych dla celów niezwiązanych z ratownictwem medycznym jest uzależnione przede wszystkim od poprawy funkcjonowania i organizacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Po prostu wszystkie bolączki tego sytemu przekładają się od razu na szpitalne oddziały ratunkowe. Doraźną poprawę sytuacji na poziomie poszczególnych placówek mogą przynieść np. działania podejmowane przez ich kierowników. Jednym z takich rozwiązań może być prowadzenie wstępnej oceny medycznej pacjentów przez lekarza dyżurnego, który potwierdzałby konieczność udzielania świadczeń w oddziale ratunkowym i sam kierowałby tam pacjenta lub wykluczałby taką konieczność ze wskazań medycznych i kierował pacjenta do ambulatoryjnej opieki medycznej. W uzupełnieniu tej wstępnej weryfikacji osób zgłaszających się powinien być oczywiście sprawnie funkcjonujący system selekcji już w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego, pozwalający z jednej strony na natychmiastowe udzielenie pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, z drugiej zaś na bardzo sprawne wyodrębnienie osób, których stan zdrowia pozwala na oczekiwanie na taką pomoc. Dobrą praktyką mogłoby być np. zakontraktowanie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy, co może ułatwić odsyłanie pacjentów, którzy nie kwalifikują się do udzielania świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o rozważenie wprowadzenia zmian w systemie finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Dotychczasowy system przy znacznej liczbie pacjentów, którzy nie kwalifikują się do leczenia na tych oddziałach, powoduje, że ich działalność staje się deficytowa. I jak już wspominałem, stan ten stwarza zagrożenie dla dalszego funkcjonowania oddziałów i dla prawidłowej realizacji zadań systemu ratownictwa medycznego.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli kierujący poszczególnymi jednostkami systemu ratownictwa medycznego powinni również podejmować działania dyscyplinujące w stosunku do zespołów ratownictwa medycznego oraz personelu szpitali, aby przestrzegać kryteriów ciężkości urazu, które kwalifikują do udzielania pomocy przez centra urazowe.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła również uwagę na różnicę w liczbie godzin kształcenia ratowników medycznych w szkołach policealnych i wyższych. W wypadku ratownika medycznego należy zauważyć, że nie obowiązuje ani staż podyplomowy, ani konieczność uzyskania prawa do wykonywania zawodu. Szczególne znaczenie ma zatem odpowiednie kształcenie przed uzyskaniem dyplomu, a także stosowne przygotowanie praktyczne. W związku z tym Najwyższa Izba Kontroli zwróciła się do Ministra Edukacji i Ministra Zdrowia o dokonanie wnikliwej oceny dotychczasowego modelu kształcenia i na tej pod-

stawie rozważenie możliwości opracowania jednolitego modelu kształcenia ratowników medycznych.

Dodam jeszcze, że istotnym uzupełnieniem działań podjętych po tej kontroli było zorganizowanie panelu ekspertów, który odbył się w siedzibie Najwyższej Izby Kontroli. Uczestniczyli w nim, poza najważniejszymi przedstawicielami środowiska medycyny ratunkowej z konsultantem krajowym na czele, także podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Liczymy na to, że dyskusja podczas panelu – z której najważniejsze zagadnienia przedstawiliśmy jako załącznik do informacji o wynikach kontroli – stanie się inspiracją przy projektowaniu działań poprawiających efektywność systemu.

Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję, panie dyrektorze. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Pan poseł Dziuba i pani przewodnicząca. Pani przewodnicząca, proszę bardzo.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, koleżanki i koledzy posłowie, szanowni goście, pomoc doraźna nocna i świąteczna źle zorganizowana w sposób naturalny absorbuje ratownictwo medyczne, dlatego że pacjent, który czuje się w jakiś sposób zagrożony, źle się czuje, sięgając po telefon, dzwoni tam, gdzie wie, że pomoc mógłby uzyskać. Problemy główne, jeśli chodzi m.in. o wyniki zawarte w raporcie, moim zdaniem właśnie stąd pochodzą. Bardzo więc cieszy mnie zapowiedź Najwyższej Izby Kontroli w kwestii kontroli pomocy doraźnej.

Jestem z Bydgoszczy i mogę powiedzieć, że na przestrzeni wielu lat budowano w naszym mieście system pomocy doraźnej, który uważano za wzorcowy. Dzisiaj system ten nie funkcjonuje. Nie funkcjonuje, dlatego że ostatni konkurs spowodował, iż nastąpiła diametralna zmiana, co do podpisanych kontraktów. Mało tego. Zostały podpisane nowe umowy z innymi podmiotami, które nie miały wpisu do rejestru wojewody. Dzisiaj panuje chaos, gdyż pacjent przez sześć lat przyzwyczaił się do tego, pod jaki numer ma dzwonić, z kim się kontaktować, gdzie był lekarz koordynator, decydujący, kto do danego pacjenta pojedzie czy też, że pacjent przyjdzie do punktu, a dziś to wszystko zostało zachwiane. I już mamy informacje i sygnały, że cały ciężar tego bałaganu zostaje złożony na pogotowie. I dlatego uważam, że podstawą do tego, by ratownictwo medyczne mogło służyć temu, do czego zostało powołane, jest dobrze zorganizowany system pomocy doraźnej.

Tu właśnie prośba do przedstawicieli NFZ, żeby… Nie wiem, czy w wypadku Bydgoszczy zdecydowały stawki, bo ktoś może dał niższe. Na jakiej podstawie, bo my tego nie wiemy, nie znamy tych wyników… Czy to może być podstawą zmiany czegoś, co dobrze funkcjonowało, co dobrze służyło ludziom? Prośba jest też taka do przedstawicieli NFZ… Trwa system odwoławczy, umowy kontraktowe zostały podpisane z innymi podmiotami, a tak naprawdę, mimo że w połowie lutego czas odwołania do Narodowego Funduszu Zdrowia minął, decyzji nie ma. To tak przy okazji, ponieważ ta sytuacja budzi emocje w Bydgoszczy, pozwoliłam sobie o tym powiedzieć. Cieszę się jednak, że system pomocy doraźnej nocnej i świątecznej będzie poddany kontroli, bo to też będą mogły być wnioski dla i Narodowego Funduszu, i Ministerstwa Zdrowia, żeby wprowadzić systemowe rozwiązania, tak by to rzeczywiście ułatwiło pracę ratownictwu medycznemu i żeby ratownictwo medyczne trafiało tam, gdzie istotnie występuje bezpośrednie zagrożenie życia.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Tadeusz Dziuba, proszę.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Zanim przystąpię do rzeczy, to, panie przewodniczący, może jednym zdaniem odniosę się do tego, co pani poseł przed chwilą powiedziała. Mianowicie: jeśli jest tak, że w ramach systemu rozwiązanie dobre można zastąpić złym, to znaczy, że jesteśmy w sytuacji dramatycznej i że system opieki zdrowotnej w Polsce wymaga gruntownej przebudowy.

Szkoda, że Najwyższa Izba Kontroli, badając fragment tego systemu, czyli państwowe ratownictwo medyczne, dosyć wyraźnie się do tej kwestii nie odniosła. Wydała ocenę

pozytywną, chociaż z całego raportu wynika – to oczywiście też przy okazji wynikło z dynamicznej prezentacji tutaj przedstawionej – że system państwowego ratownictwa medycznego nie działa. Nie działa. Jeżeli 80 proc. zdarzeń nie powinno być przez ten system, mówiąc kolokwialnie, załatwianych, a jest załatwianych, jeżeli nie ma jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego mimo siedmiu lat pracy nad nim, to znaczy, że mamy do czynienia z istotnym defektem i wydaje mi się, że metodą dyplomatyczną Najwyższa Izba Kontroli chciała o tym powiedzieć, mimo wydania oceny pozytywnej.

Kontynuując tę myśl, dodam, że Najwyższa Izba Kontroli w kwestii udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie powinni być przyjmowani przez szpitalne oddziały ratunkowe, właściwie ograniczyła się do stwierdzenia, że jest to następstwem ograniczonej dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – tu cytuję. Szkoda, że nie powiedziała wprost, że przyczyną jest po prostu brak dostępu do lekarza rodzinnego po godzinie 18.00 w dni powszednie i święta, bo to jest źródło tego, że koszty funkcjonowania *de facto* podstawowej opieki zdrowotnej zostają przerzucone na państwowe ratownictwo medyczne. Każdy pacjent wie, gdzie jest jego lekarz rodzinny i chętnie by się do niego zgłaszał, tyle tylko, że w święta ani też w dni powszednie nie może po godzinie 18.00. To jest błąd systemowy. Szkoda, że o tym nie powiedziano w raporcie wprost, bo ludzie z branży doskonale o tym wiedzą i doskonale znają tego skutki, także finansowe.

Jako inny czynnik ograniczający efektywność funkcjonowania państwowego ratownictwa medycznego wskazano niewystarczającą obsadę zespołów ratownictwa medycznego, no ale na tym właściwie konstatacja się kończy. Warto więc przypomnieć, że Najwyższa Izba Kontroli ma naturalne prawo formułowania – jak to się teraz modnie mówi – rekomendacji, a w tym zakresie owych rekomendacji zabrakło. Zabrakło wyraźnego stwierdzenia, że brakuje specjalistów w zakresie medycyny ratunkowej, no brakuje, bo jest niewielu chętnych do tej specjalizacji, nie ma bowiem możliwości prowadzenia praktyki prywatnej, a obciążenie pracą zawodową, a właściwie należałoby raczej powiedzieć „służbą", jest znaczące, bardzo duże. A brak zespołów z lekarzem zwiększa koszty ratownictwa, ponieważ większość pacjentów – przy wspomnianej przeze mnie złej pracy lekarzy rodzinnych – wymusi przewożenie chorych przez zespoły podstawowe, czyli właśnie takie, gdzie lekarza może nie być, do szpitali. O tym, o ile się nie mylę, w raporcie NIK nie ma ani słowa. Poświęcono za to trochę miejsca nieznaczącej moim zdaniem kwestii różnicy w liczbie godzin kształcenia ratowników w różnych typach szkół. Tak nawiasem mówiąc, może w szkołach niższego rzędu liczba godzin jest mniejsza, ale za to liczba godzin zajęć praktycznych większa. O tym też nie wspomniano.

Na marginesie tej kwestii wspomnę o jednej rzeczy, która została całkowicie przemilczana. Jest mianowicie taki przepis w odpowiedniej ustawie, że zespół podstawowy składa się z minimum dwóch osób. Jest oczywiste, że przy tej „smucie" finansowej w ochronie zdrowia dyrektorzy delegują składy nie więcej niż dwuosobowe, tylko dwuosobowe, a to generuje koszty, zwłaszcza w dużym mieście, gdzie akcja ratownicza często toczy się w wysokich blokach, na wysokich piętrach, rodzina, sąsiedzi tym dwóm ratownikom niewiele mogą pomóc, a dwie osoby mają kłopoty ze zniesieniem sprzętu oraz reanimowanego pacjenta do karetki, zwłaszcza jeśli nie mogą przerywać czynności ratowniczych. Kończy się więc to wezwaniem na pomoc drugiego zespołu, no i koszt jest większy. Głupi przepis generuje koszty, przez lata funkcjonuje. O tym ani słowa.

Kolejny element raportu NIK to stwierdzenie, że środki na funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych nie pokrywały kosztów działalności. Ale do tego właściwie ta konstatacja się ograniczyła. Ja pytam o rekomendacje. W moim przekonaniu Najwyższa Izba Kontroli nie jest zwolniona z odpowiedzi na takie np. pytanie, jak powinny być kalkulowane koszty SOR, by pogodzić racjonalność wydatkowania środków publicznych z potrzebami, tym bardziej że w branży, jak mi się wydaje, wiedza na ten temat jest dosyć powszechna.

Skutek utrzymywania obecnego systemu jest taki, że dyrektorzy szpitali niezbyt szczerze starają się o zawarcie kontraktów na szpitalne oddziały ratunkowe, ponieważ muszą taki oddział utrzymywać przez 24 godziny 365 dni w roku. To jest oczywiście kłopotliwe, więc po cichu, pod różnymi pretekstami, się z utrzymywania SOR wycofują. To proces znany, opisywany w gazetach. No, ale w ten sposób te wcześniejsze inwestycje

ponoszone na przebudowę szpitali, wyposażenie w niezbędny sprzęt są *de facto* marnowane. Liczy się tylko cięcie kosztów. Dla przykładu podam – wynotowałem to sobie – że podczas grudniowych negocjacji poznańskich szpitali posiadających oddziały ratunkowe w 2011 roku nie zawarto kontraktów z dwoma szpitalami, które takie oddziały miały, a jako przyczynę znaleziono brak zamkniętego podjazdu dla karetek, chociaż akurat taki podjazd dałoby się, nawet jako tymczasowy, zorganizować. Dyrektorzy szpitali pogodzili się jednak z tym, bo pozbyli się po prostu kłopotu. A oczywiście system ratownictwa medycznego w regionie, w tym wypadku w mieście, na tym cierpi. W wielu zresztą miastach Wielkopolski – wymienię dla przykładu: Września, Koło, Kępno – nie podpisano umowy ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi.

Żeby nie być gołosłownym, powiem, że istnieją propozycje zmiany sposobu kalkulowania kosztów. Bardzo – jeszcze raz powiem – jestem zdziwiony, że do tej kwestii Najwyższa Izba Kontroli się nie odniosła. Jeszcze bardziej jestem zdziwiony, że Narodowy Fundusz Zdrowia w ciągu minionych lat tego systemu nie zmienił, a można było wprowadzić algorytm np. przewidujący stawkę podstawową za gotowość, opłatę za wykonywanie procedury nad pacjentami, którzy kwalifikują się do udzielania pomocy przez SOR, no i pewnie powinna jeszcze być dodatkowa opłata za wyższy stopień referencji. W środowisku branżowym wiadomo, że ten typ rozliczania znacznie by ułatwił działanie SOR, a także pogodził przede wszystkim racjonalność wydatkowania środków z czynnikiem potrzeb.

Według mnie najbardziej bulwersujące jest to, że mimo siedmiu lat pracy nie dorobiliśmy się w Polsce jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego. Aż się prosi, by wskazać tutaj przyczynę, a nawet winnych, a ograniczono się *de facto* do dwóch zdań na str. 10 punkt 2.2.9. Muszę jednak zadać pytania w tym kontekście. Jaka jest przyczyna, że po siedmiu latach nie dorobiono się jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego? Wymienię trzy hipotezy. Bardzo bym się cieszył, gdyby nieobecny prezes Najwyższej Izby Kontroli do tych hipotez mógł się ustosunkować. Czy to głupota? Czy to, że bezmyślnie dopuszcza się do żywiołu antynarodowych interesów? Bo oczywiście fakt, że państwowy system ratownictwa medycznego wraz z tym systemem powiadamiania funkcjonuje kulawo, to nie jest nasz interes narodowy i dopuszczanie do takiej sytuacji uważam za groźne. I w tej sprawie Najwyższa Izba Kontroli moim zdaniem powinna się wypowiedzieć. Jest jeszcze trzecia hipoteza – czy to czasem nie jest dywersja?

Poseł Julia Pitera (PO):

Przepraszam, panie przewodniczący, ale czy moglibyśmy troszeczkę… Bo to jest koreferat *de facto*. Nie ma miejsca na dyskusję. Potrzebuję trzech minut, a muszę iść na posiedzenie innej komisji.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Panie pośle, zniecierpliwieni są państwo posłowie, tak, że proszę o bardziej syntetyczną wypowiedź.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

No to, panie przewodniczący, może na tym skończę. Na tym przypuszczeniu, że być może mamy do czynienia z dywersją.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Bańkowska, proszę bardzo.

Poseł Anna Bańkowska (SLD):

Dziękuję bardzo. To, o czym mówiła pani poseł Piotrowska, potwierdzam w pełni jako problem w naszym województwie. Chciałam powiedzieć, że konsekwencją tego są absolutnie niewydolne SOR-y. Jeśli ktoś zgłaszał się z chorym do oddziału ratunkowego, w szpitalach klinicznych nawet, to wie, że są to wielogodzinne oczekiwania ludzi obłożnie chorych. Tak że to problem.

Chciałabym jednak zapytać, czy NIK skontrolowała, jakie były przyczyny takiego rozdziału środków przeznaczonych w ramach rezerwy na ratownictwo medyczne, to załącznik nr 3. Są wielkie dysproporcje, np. prawie 9 mln województwo małopolskie, 7 – mazo-

wieckie, pomorskie prawie 10, wielkopolskie – 10, a reszta to kwoty po 100, 200, góra 300 tys.

Chciałam zająć państwa uwagę przez chwilę problemem samych ratowników medycznych, bo nic na ten temat tu nie znajduję, a to bardzo ważny element. Otóż w tej chwili praca ratownika medycznego nie jest zakwalifikowana do tzw. pracy w szczególnych warunkach, czyli dla nich wszystkich wiek emerytalny to 67 lat. Jest to specyficzna grupa zawodów, których pracowników nie można oddelegować do innej pracy, czyli siłą rzeczy muszą rezygnować w pewnym momencie ze swojej pracy zawodowej. Tymczasem – nie wiem, czy NIK to kontrolowała – ile protestów wśród ratowników medycznych budzi fakt, że powszechne staje się zatrudnianie tych ratowników na kontrakty i pozbawianie ich wszelkiego rodzaju uprawnień dodatkowych, które wynikały z dotychczasowych przepisów. Czyli zarabiają oni, jak się zdołałam zorientować, ci, z którymi rozmawiałam, 1600, 1700 zł netto. To jest praca w wydłużonym czasie pracy, i po prostu z tego powodu rodzą się konflikty.

W tej chwili, np. w moim województwie, w Inowrocławiu, wcześniej w Bydgoszczy doszło do bardzo licznych zwolnień, szczególnie na skutek zmiany przepisów dotyczących likwidacji kierowców w karetkach. Chciałabym wiedzieć, czy NIK oceniła ten problem. Ponieważ zmniejszono siłą rzeczy obsługę karetek, tych normalnych, do dwóch osób, jeden ratownik pełni funkcję kierowcy i możliwe jest zatrudnianie zawodowego kierowcy tylko wtedy, kiedy pozostałe osoby w składzie zespołu nie posiadają prawa jazdy. To wykorzystano do absolutnej redukcji doświadczonych pracowników stacji pogotowia w Bydgoszczy, a zastąpiono ich – na co mi zwracano uwagę – bardzo często ratownikami, którzy nawet topografii miasta nie znali. Byli świeżo po zdobyciu prawa jazdy, po miesiącu, dwóch znajdowali zatrudnienie. O wyjaśnienia w tej sprawie też bym prosiła.

Kolejny moim zdaniem problem to likwidacja, w tej chwili, podstacji ratownictwa medycznego. Mamy do czynienia z taką sytuacją, że wojewoda, zgodnie z przepisami, powinien gwarantować dojazd karetki w ciągu 20 minut, a likwiduje się np. w Mąkowarsku w moim województwie czy w Serocku podstacje, co ewidentnie sprzyjać będzie dłuższej drodze komunikowania się karetek z chorymi pacjentami.

Tak że problemów jest dużo, a nie znalazłam na wiele z nich odpowiedzi w tych materiałach.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Pitera, proszę.

Poseł Julia Pitera (PO):

Chciałam szybciutko powiedzieć przede wszystkim jedną rzecz. Tak jak w każdym systemie, tak samo błędy w ramach systemu wynikają być może z błędów w innej części tego systemu. Powiem, o co mi chodzi. W mojej rodzinie powstała potrzeba pomocy medycznej, ale nie na tyle nagła, żeby korzystać z pogotowia ratunkowego. Jedyne, co mi przyszło do głowy – bo jest to nawyk całego mojego życia – to jechać na pogotowie na ulicę Hożą. Ale mówię do męża: „Słuchaj, tam będzie tłum, spróbuję zadzwonić do naszej przychodni rejonowej, może jest coś, z czego możemy skorzystać". Zadzwoniłam do przychodni rejonowej i rzeczywiście telefon został odebrany, mimo że była chyba 8.00 wieczór, czyli nie było już lekarzy rodzinnych. I powiedziano mi: „Ależ, proszę pani, oczywiście, u nas działa nocna pomoc medyczna". Ja mówię: „Co to jest takiego?". Otóż podpisano z NFZ. W związku z tym wsiedliśmy w samochód, pojechaliśmy do nocnej pomocy medycznej. Wchodzimy do środka, nie ma żywego ducha. Lekarz siedzi, nie ma żadnego pacjenta.

Problem polega na tym, że ten system istnieje. Mnie interesuje, jaka jest siatka tego systemu i dlaczego jest ona tak słabo reklamowana, ponieważ rzecz polega na tym, że prawdopodobnie 90 proc. tych ludzi, o których mówimy, miało dokładnie to samo zakodowane, i gdyby nie moje lenistwo, które zmotywowało mnie do zasięgnięcia informacji, do dziś nie widziałabym, że istnieje system nocnej pomocy lekarskiej. I tam nie ma ludzi. W związku z tym pytanie jest do NFZ, w jaki sposób upowszechniają wiedzę na temat tego systemu pomocy. Bo on działa, tak samo jak każdy inny. Dzisiaj korzystają z eWUŚ'a. Kiedyś musiałam – ponieważ mój mąż jako, że tak powiem, twórca ma inny

system rozliczania i dokumentowania tego, że płaci sobie opiekę zdrowotną – w przeciągu tygodnia, tak jak w szpitalu, dowieźć z banku kopie przelewu, świadczącą, że mąż ma prawo do ubezpieczenia medycznego.

W związku z tym prawdopodobnie tu tkwi problem. I przestańmy rozmawiać, że 90 proc. ludzi czy 40 proc. nie powinno z tego korzystać. Tylko dlaczego w świadomości publicznej nie ma tego, że ten system funkcjonuje? I to jest pytanie, które powinno pójść do NFZ. Dlaczego się o tym nie mówi? Ludzie natomiast, których lekarze próbują z pogotowia odesłać i państwo politycy bardzo chętnie z tego korzystają, lecą do mediów i mówią, że ich odesłano i nie chciano im udzielić pomocy. Tu jest problem, organizacyjny.

Teraz tak: mówimy o tym, czy lekarze powinni, czy nie powinni jeździć w karetkach. Opowiem państwu o systemie, który działa w Stanach Zjednoczonych. Jest to spółka giełdowa, która nazywa się Rural Metro. Oglądałam około dziesięciu lat temu, jak oni działają. Działali w 27 stanach. To system, który polega na tym, że jest to prywatna spółka giełdowa, w której działają medycy – zaraz powiem jacy – straż pożarna; oni organizują całą pomoc ratunkową w sytuacji zdarzenia i zależnie od tego, jaki jest to typ zdarzenia, jadą albo karetka i straż pożarna, albo karetka itd., oni to organizują. Są dość charakterystyczni, w filmach amerykańskich państwo widzą, że są oni na żółto oznakowani, kolorem cytrynowożółtym. W tych karetkach nie ma lekarzy. Są one super wyposażone, tam są świetnie przeszkoleni ratownicy. Powiem państwu więcej – przeszkolona jest medycznie straż pożarna do udzielania wysoko fachowej pomocy medycznej. Kolega mówi, że i w Kanadzie, ja tamtego systemu nie znam, znam amerykański.

Nam się cały czas wydaje, że jeśli lekarza damy do karetki, to na pewno będzie dużo lepsza pomoc. Nie. To jest kwestia przeszkolenia całej ekipy i przystosowania karetki oraz tempa jej przyjazdu na miejsce zdarzenia. Myślę, że musimy się oderwać od tej PRL-owskiej percepcji i zobaczyć, w jaki sposób to działa w innych krajach, i dlaczego my nie mamy informacji o tym, jak to działa w Polsce. Krótko mówiąc, nocna pomoc medyczna. I w kontekście tego, o czym powiedziała NIK, będę dociekała i będę pisała do Prezesa NFZ, dlaczego oni o tym systemie nie udzielają informacji?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Zadano szereg pytań. Oprócz przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli są z nami przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia z panem wiceministrem Rzemkiem. A więc bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi na pytania.

Najpierw Najwyższa Izba Kontroli, proszę.

Wicedyrektor Departamentu Zdrowia w NIK Piotr Wasilewski:

Ja może zacznę, panie przewodniczący, w nawiązaniu do pytania pana posła Dziuby, odnośnie do kwestii systemu powiadamiania ratunkowego. Powiem, że zagadnienia, które pan poseł poruszył, są bardzo istotne. Dlatego Najwyższa izba Kontroli zdecydowała się na podjęcie tego tematu w formie odrębnej kontroli. Nas też oczywiście bardzo interesuje, dlaczego system powiadamiania ratunkowego nie funkcjonuje i nie ma jednolitego systemu i jakie czynniki zadecydowały o tym, że tak jest. Z naszego rozpoznania wynika, że na te działania miały wpływ również decyzje podejmowane przez Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej i Ministra Spraw Wewnętrznych.

Przypomnę może, że zgodnie z art. 14a ust. 7 ustawy z 24 sierpnia 1991 o ochronie przeciwpożarowej to właśnie Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej zobowiązany jest koordynować oraz kontrolować funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego na terenie kraju. Komendanci wojewódzcy, powiatowi natomiast na obszarze województwa mają organizować odpowiednio wojewódzkie centra powiadamiania ratunkowego. Otóż, co się stało – 24 listopada 2009 roku, Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej zaprzestał realizacji zadań w tym zakresie. W efekcie nie dysponował informacjami niezbędnymi do koordynowania systemu. Jak wynika ze złożonych przez pana komendanta wyjaśnień, przyczyną zaprzestania realizacji ustawowych zadań była decyzja Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o przejęciu nadzoru nad organizacją systemu powiadamiania ratunkowego przez Departament Analiz i Nadzoru

MSWiA. W związku z powyższym w ocenie pana komendanta ciężar odpowiedzialności za budowę CPR i WCPR przesunięty został z komendantów wojewódzkich Państwowej Straży Pożarnej na wojewodów. Tak stwierdziliśmy i w związku z tym chcemy przeprowadzić kontrolę, która szczegółowo się zajmie kwestią właśnie organizacji systemu przyjmowania i obsługi zgłoszeń oraz podziału kompetencji w tym systemie; chcemy to szczegółowo zbadać w oddzielnej kontroli.

Będziemy w niej badali również kwestię wykorzystania środków – to jest to, na co pani poseł Bańkowska zwróciła uwagę, na te dysproporcje miedzy poszczególnymi województwami. Chcemy to po prostu dokładnie wyjaśnić.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. A zatrudnianie ratowników na kontraktach?

Wicedyrektor Departamentu Zdrowia w NIK Piotr Wasilewski:

Zwróciliśmy oczywiście uwagę na kwestię zatrudniania, nie tylko ratowników medycznych, ale też lekarzy, bo jest to, niestety, nagminna sprawa, szczególnie w sytuacjach, gdy kilkaset godzin w miesiącu dane osoby pracują. Budzi to nasze zaniepokojenie. Rekordzista, jeden z lekarzy ze stacji na Mazowszu, godzin tych miał 662. Zastanawiamy się nad podjęciem ewentualnie… Bo ta kontrola dotyczyła funkcjonowania, zarysowaliśmy wszystkie najistotniejsze bolączki systemu, prezentujemy je w naszej informacji. Tak, że ewentualnie będziemy jeszcze pogłębiać w kolejnych kontrolach.

I tak, jak pani poseł Pitera mówiła, kwestia nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej jest nam szczególnie bliska. Kontrolę tę mamy już wpisaną w plan pracy na ten rok. Kontrola będzie zarówno w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, jak też u świadczeniodawców, i myślę, że uzyskamy pełny obraz. Uzupełni ją bowiem również kontrola kontraktowania świadczeń medycznych. Ze względu na liczne sygnały o nieprawidłowościach w procesie kontraktowania zdecydowaliśmy się na ogólnopolską kontrolę systemu kontraktowania. Badania te są prowadzone już od grudnia. Mam więc nadzieję, że damy kompleksowy, przejrzysty obraz systemu.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Jest potrzebny ten obraz, tak żebyśmy nie ulegali jakimś stereotypom.

Proszę bardzo.

Dyrektor Departamentu Zdrowia w NIK Lech Rejnus:

Jeszcze parę słów, jeśli można. Z naszego rozpoznania przedkontrolnego wynika, że do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej trafia – statystycznie, podkreślam – 0,7 pacjenta na godzinę. Po prostu ludzie nie wiedzą, że ten system istnieje, i to chcemy skontrolować.

Zgadzam się natomiast z panem posłem Dziubą, że… Zaznaczyliśmy w informacji, że po godzinie 18.00 nie funkcjonuje podstawowa opieka zdrowotna, nocna natomiast pomoc jest jak gdyby częścią tej podstawowej opieki zdrowotnej. Stało się to po proteście Porozumienia Zielonogórskiego, wbrew ustawie jeden z ministrów zdrowia podpisał porozumienie, i że tak powiem, system lekarza rodzinnego, który miał całą dobą działać, upadł. To jest przyczyna. O tym państwo myślę, że wiedzą.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Dziuba, proszę.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Bardzo mnie oczywiście cieszy to, co pan dyrektor powiedział przed chwila, bo potwierdza to myśl, którą może niezbyt wyraźnie uprzednio sformułowałem – że Najwyższa Izba Kontroli ma swoją wiedzę na temat wad funkcjonowania naszego systemu opieki zdrowotnej, o której mówimy dziś w kontekście państwowego systemu ratowniczego. Proszę jednak przelać to na papier. W odniesieniu do tego, co powiedział wcześniej pan doradca, przypominam sobie, mam nawet przed oczyma raport Najwyższej Izby Kontroli, gdzie wyraźnie napisano, iż w 2009 roku nastąpiło załamanie w realizacji systemu

powiadamiania ratunkowego, tylko że w tym raporcie też nie było odpowiedzi na pytanie dlaczego.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan minister. Jeżeli można, panie ministrze, to chciałbym, aby odniósł się pan również do sprawy, którą podjęła Najwyższa Izba Kontroli, czyli do sprawy SOR-ów, wykonywania przez nie opieki ambulatoryjnej czy też badań ambulatoryjnych i płynących stąd zagrożeń, polegających chociażby na tym, że szpitale rezygnują z prowadzenia SOR-ów. Jakie jest stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie?

Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli chodzi… Zacznę od tego ostatniego pytania. Jeżeli chodzi o SOR-y, oczywiście to dyrektor decyduje o tym, czy posiada ten SOR, czy nie, czy ma zamiar – przepraszam – posiadać. Zwraca się wtedy do wojewody. Musi spełniać pewne warunki; była wcześniej mowa choćby o podjeździe zadaszonym. Taki podjazd ma być. Skoro dyrektor nie chce ponieść kosztów na zadaszenie, to wojewoda automatycznie może go nie wpisać do szpitalnych oddziałów ratunkowych, bo nie spełnia tego wymogu.

Czy ambulatoryjne badania są wykonywane? Oczywiście, że tak. Cały czas monitorujemy i próbujemy też tłumaczyć i zachęcać ludzi. W podstawowej opiece zdrowotnej pacjent powinien otrzymać tę wiedzę od lekarza rodzinnego lub pielęgniarki, gdy odwiedza placówkę, może z porady lekarza nie skorzystać, o tym, gdzie jest udzielana nocna i świąteczna pomoc na terenie danego obszaru, na którym poradnia jest umieszczona, i na którym pacjent najczęściej zamieszkuje, ma zameldowanie. I takie informacje tam powinny trafiać. Każdy lekarz rodzinny jest zobowiązany do określenia jasno w gablocie ogłoszeń albo w jakiś inny sposób, tak jak jest miejsce, gdzie się skargi składa. I są takie przez lekarzy, przez POZ-y informacje gdzieś rozwieszone w różny sposób. Tak samo jest informacja, gdzie udzielana jest nocna i świąteczna pomoc. Być może istotnie powinna być dodatkowa informacja, udzielana w sposób werbalny poprzez pielęgniarki chociażby, a wtedy do pacjenta wiadomość szybciej dotrze. Sam, niestety, bywając czasami w poradni, nie zwracam uwagi ma ogłoszenia, bo jest ich dużo i może to ginie. Ale istotnie trzeba by nadać taki komunikat i poprosić jeszcze, żeby przypominano pacjentom, by zapoznawali się z danymi na temat pomocy nocnej i świątecznej.

Problem samych badań natomiast jest również problemem odpowiedzialności lekarza. Gdy pacjent trafi na szpitalny oddział ratunkowy, to odpowiedzialny za niego jest lekarz, niezależnie od tego – jak już zostało wspomniane – czy byłby to lekarz, który pracuje na SOR-ze, czy miałby zadanie weryfikacji, czy wstępnie pacjent nadaje się do SOR-u, czy powinien iść do izby. Lekarz odpowiada za tego pacjenta. Świadomość pacjentów, co swoich praw, wzrasta i te prawa też wzrosły w ostatnim czasie. Tak samo i lekarze mają świadomość diagnostyki, coraz większej, rozbudowanej i nie wypuszczą pacjenta bez diagnostyki. Dlatego pojawiają się te koszty. Niestety, pacjenci nadużywają tej opieki w sensie SOR-ów do tego, o czym już wspomniano, czyli: „Nie będziemy się udawać do nocnej, świątecznej pomocy, tylko jedziemy na SOR, bo tam nam diagnostykę od razu zrobią”. Ta świąteczna pomoc to *de facto* przedłużenie lekarza rodzinnego. Tworząc instytucję nocnej pomocy, zgłaszając się do NFZ, nie ma obowiązku mieć takiego zaplecza, jakie ma SOR. W związku z tym pacjenci, mając tę świadomość, też to wykorzystują. Zgodzę się z tym, że świadomość pacjentów odnośnie do udawania się w pierwszej kolejności na pogotowie jest też duża i tego nie rozgraniczymy, na to trzeba lat.

Proszę zwrócić uwagę, że system ratownictwa zmienia się przecież, ustawy są nie takimi starymi ustawami, są to młode ustawy. Nasze życie, doświadczenie i rozbudowanie tego systemu zmienia się. Chociażby system powiadamiania ratunkowego, do listopada 2013 roku będzie ujednolicony w całej Polsce. Zwróćmy uwagę na to, co się dzieje z dyspozytorniami i z karetkami. Jeżeli obszary kontraktowania się zwiększają, to te karetki się przemieszczają. Patrząc na system sprzed kilku lat, widzimy, że każdy powiat miał karetkę, czyli było zabezpieczenie dla powiatu, ale poza powiat ta karetka nie udawała się, w szczególnych wypadkach oczywiście mogła, ale normalnie nie wyjeżdżała

poza obszar powiatu. W tej chwili poprzez łączenie tych obszarów przesuwane są te karetki i nie potrzeba w niektórych miejscowościach, aby karetka stała non stop, niezależnie od tego, czy z lekarzem, czy bez lekarza, ponieważ mogłaby zabezpieczyć również teren inny. Często wyjazdów tej karetki jest średnio ok. 4 – 5 dziennie i jest możliwość wykorzystania jej do 3 w powiecie, który jest obok – na obszarach powiatu, nie w całym powiecie. Ten system się zmienia.

Zgodzę się z Najwyższą Izbą Kontroli i z państwem, którzy widzą wadę. Wadę jak najbardziej widzimy, chociażby, co do kształcenia. To kształcenie, o którym była mowa, czyli system liceum, a później policencjackie, zmienił się. W tej chwili był ostatni nabór; będą tylko studia licencjackie.

Cały system się zmienia, niestety, trzeba czasu. To, co możemy, zmieniamy. W najbliższym czasie zmieni się ustawa o ratownictwie, rozszerzy się tam ten katalog możliwości udzielania świadczeń przez ratownika na innych oddziałach. W tej chwili nie jest dopuszczony do pracy na innych oddziałach w takim zakresie, jaki mu umożliwia jego wykształcenie. Będzie dopuszczony.

Dostosowujemy zmiany, które widzimy, cały czas system się rozwija, nakłady są w tej chwili wystarczające. Staramy się o to, by system powiadamiania ratunkowego był wdrożony sprawnie i nie naraz, żeby nie przeciążyć osób, które są w to zaangażowane.

Była mowa o tym, że kierowcy często nie znają terenu. Ewidentnym przykładem, który może pokazać, jak to jest rozwiązane, jest, niestety, to, co się stało w Zakopanem. Była tragedia, ponieważ karetka wyjechała poza teren i nie znała tego terenu, ale tam nastąpił błąd ludzki, co jest najczęstszym błędem, który powoduje jakieś kolizje. I nie włączyli nawigacji. Nawigacja do karetek jest w innym trochę systemie, również się opiera na GPS, ale na dodatkowym systemie, i mają tablet, który doprowadza do miejsca, łącznie z miejscem, w którym jest klatka, żeby było wiadomo. Staramy się więc nadążać, rozwijamy system, niestety, trzeba jeszcze nieco cierpliwości, żeby system ten poprawić.

Jeśli chodzi o wdrożenie jednolitego systemu, nie zapomnijmy, że muszą tam być przeszkolone osoby. Bardzo dużo zależy od dyspozytorów, którzy siedzą… Tutaj jest ten pierwszy kontakt z pacjentem, tu zapada pierwsza decyzja, czy ma pojechać karetka z lekarzem czy bez lekarza. Tu również będziemy chcieli system zmieniać, żeby te osoby nie były zależne od kontraktowania, czyli od podmiotów, które zdobywają kontrakt, tylko żeby były oddzielnie finansowane, i doświadczenie, które nabywają – bo to jest największa wartość tych osób – mogło cały czas służyć społeczeństwu, niezależnie od tego, kto będzie obsługiwać karetki.

Rozumiemy, iż są błędy. Cieszę się, że Najwyższa Izba Kontroli, pomimo tych uwag, problem SOR-ów ocenia pozytywnie, rozwój. Na pewno wiemy, że nie możemy stać w miejscu i będziemy zmieniać kolejne przepisy.

Jeżeli chodzi o finansowanie i kolejne kwestie, to jeśli pan przewodniczący pozwoli, oddam głos panu dyrektorowi z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Proszę bardzo, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych w Narodowym Funduszu Zdrowia Arkadiusz Kosowski:

Arkadiusz Kosowski, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, parę kwestii zostało podniesionych. Zacznę od kwestii braku wpisu do rejestru wojewody podmiotów, które wygrały konkursy. Osobiście tej sprawy nie znam, ale zgodnie z zasadami takich umów i z takimi podmiotami nie powinno się zawierać i niezwłocznie po zakończeniu spotkania z oddziałem wojewódzkim to wyjaśnię, bo takie rzeczy nie powinny mieć miejsca. Przepisy jasno określają, że podmiot powinien być zarejestrowany.

Druga kwestia – odwołanie od konkursów. W ostatnim okresie, w ostatnim roku ponad 1500 odwołań od postępowań konkursowych wpłynęło do Funduszu i to jest główną przyczyną w niektórych wypadkach opóźnień w procesie rozpatrywania odwołań.

Kolejna kwestia to kwestia finansowania SOR-ów. Prezes Funduszu, pani Agnieszka Pachciarz, po objęciu stanowiska, jeszcze podczas trwania kontroli NIK-owskiej – a nie ukrywamy, że i kontrola NIK-owska nam w znacznym stopniu w tym zakresie pomogła – podjęła decyzję o powołaniu zespołu do opracowania nowych rozwiązań w zakresie finansowania, mając świadomość problemów zgłaszanych przez podmioty. W tym opracowaniu analizowana jest również kwestia, o której pan poseł wspominał, czyli kwestia płacenia za gotowość, płatność za procedury, referencyjność, z tym że to propozycja zgłaszana od pewnego czasu przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, które po prostu w ostatnim okresie zmieniło swój pogląd na tę sprawę. To jeden z pomysłów na finansowanie tego systemu, który podczas badania i przygotowania analiz i nowych rozwiązań jest brany pod uwagę.

Dodam do słów pana ministra informację o sposobie komunikowania się z pacjentem i informowania o punktach nocnej pomocy lekarskiej, poza tą obligatoryjnością po stronie lekarza rodzinnego. Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje stosowne komunikaty w tym zakresie. Ale jak słyszę z dzisiejszych wypowiedzi, z głosów państwa, ta forma komunikowania jest niewystarczająca, spróbujemy więc podjąć inicjatywę, żeby w szerszym wymiarze dotrzeć do pacjenta z informacją o tym, gdzie jest nocna pomoc lekarska, gdzie są te punkty zlokalizowane, żeby zmniejszyć poczucie niepewności, a zwiększyć wiedzę pacjenta na temat miejsc udzielania świadczeń.

To tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Proszę państwa, chciałem prosić Najwyższą Izbę Kontroli, żeby w swoich kontrolach dotyczących funkcjonowania nocnej pomocy medycznej uwzględniła taki fakt, który jest zupełnie odmienny od tego, o czym mówiła pani poseł Pitera. Do mnie docierają informacje, że pacjenci świadomie wybierają się do SOR-ów ze względu na to, że po prostu nie mogą się dostać do lekarza rodzinnego, a nocna pomoc medyczna nie może udzielić takiej pomocy diagnostycznej, jakiej oni potrzebują. A więc ten system nie działa tak, jakbyśmy oczekiwali. Proszę zatem, by w tej kontroli zwrócono na ten fakt uwagę.

Czy jeszcze jakiś głos? Pani przewodnicząca Kempa i pan poseł Śniadek. Proszę.

Poseł Beata Kempa (SP):

Ja tylko uzupełniająco, z wielką prośbą i do pana ministra, i do naszych kontrolujących. Ten system rzeczywiście trzeba bardzo dokładnie zbadać. Dyrektorzy, a co za tym idzie, również organy prowadzące, w różny sposób podejmują decyzje, których celem jest przede wszystkim oszczędzanie. I rzeczywiście jest prawdą, że zastępowanie doświadczonych czy w ogóle kierowców przez tych, którzy mają ratować życie ludzkie, jest w mojej ocenie po prostu niedopuszczalne. I trzeba, panie ministrze, zablokować to przepisami, dlatego że jeśli jest to prawem dozwolone, a moim zdaniem, i nie tylko moim, szkodzi pacjentom… A co w przypadku, jeśli będzie jakaś duża akcja – wypadki itd., kiedy każda para rąk jest przydatna? Nie wyobrażam sobie, żeby pracujący na dość dużym poziomie stresu ratownik medyczny prowadził jeszcze samochód. Naprawdę, można oszczędzać, ale bez przesady, bo wylejemy dziecko z kąpielą i wtedy żadne pieniądze nie będą tego warte. To jest pierwsza rzecz. To trzeba uporządkować, zwrócić na to uwagę.

Druga rzecz – jakieś samowolne obniżanie pensji, jakby upokarzanie tej grupy społecznej; do mnie też docierają takie informacje. Po prostu jest decyzja organu prowadzącego: 10 proc. ratownicy medyczni mniej. Ostatnio w takiej sprawie również protestowałam. Albo to uporządkujemy i nie będziemy cedować więcej kompetencji, skoro organy po prostu sobie z tym nie radzą, albo będziemy rozmawiać, w jaki sposób to znowelizować, albo będziemy próbowali my tutaj wprowadzić taką nowelizację.

I jeszcze jedno, poboczna sprawa, tak przy okazji. Jeśli rozmawiamy o karetkach, o ich wyposażeniu, o składzie, jaki ma być w tych karetkach, mam prośbę o zwrócenie uwagi, i mam tę prośbę do pana ministra oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest bardzo duży problem – skontrolowanie tego, z kim państwo zawierają kontrakty na transport chorych w ogóle. Bo nie chodzi tylko o transport do pomocy, mówię o tej pomocy bezpośredniej, kiedy coś się wydarzy, czyli ta karetka z lekarzem. Ale jest jeszcze transport

bardzo ciężko chorych, np. na dializę. Proszę, by zwrócić uwagę, w jakich warunkach te osoby są przewożone na wysoko specjalistyczne procedury medyczne. To są bardzo chore osoby. Kiedyś, gdy były lepsze czasy, było tak, że wysyłano karetkę z sanitariuszem przynajmniej. Bo czasami te osoby wymagają natychmiastowej reakcji, fachowego personelu medycznego, bo bardzo spada ciśnienie, a droga wynosi np. 60 – 70 km do stacji dializ, czy też są różnego rodzaju komplikacje. To się często zdarza. Dzisiaj musi reagować zupełnie nie znający się na sprawie kierowca. Proszę sobie wyobrazić. W tak ciężkich przypadkach. I ci ludzie tak naprawdę są bez zabezpieczenia medycznego, a należą do kategorii chyba najciężej chorych.

Proszę o zwrócenie uwagi, jak przystosowywane są samochody transportowe, nie ma w nich nawet pasów bezpieczeństwa. Chciałam swego czasu zwrócić się też do Komendanta Głównego Policji, aby dokonał również kontroli na drogach w tym zakresie. I poprzez pana dyrektora proszę szefa Narodowego Funduszu Zdrowia, bo sytuacja wymaga bardzo głębokiej kontroli i natychmiastowej interwencji, z wypowiedzeniem kontraktów włącznie, jeżeli będą stwierdzone tego typu uchybienia.

Powiem tak. Jeżeli jeszcze raz taka informacja do mnie dotrze, osobiście to obfotografuję, wyślę do prokuratury oraz do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę spojrzeć, gdzie idą te pieniądze.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Janusz Śniadek, proszę.

Poseł Janusz Śniadek (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, przyznam, że wielki niepokój mną targa. Pierwsze zdanie ogólnej oceny kontrolowanej działalności rozpoczyna się od stwierdzenia, że Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia funkcjonowanie systemu, tymczasem podczas tej dzisiejszej naszej dyskusji nie tylko pan poseł Dziuba znakomicie wykazał szereg wręcz patologii, uchybień w funkcjonowaniu, wspomnianych zresztą w raporcie, ale niekończących się jakimiś zaleceniami, wnioskami. A to ustawowy obowiązek Najwyższej Izby Kontroli – formułowanie takich wniosków, zaleceń.

Jeśli chodzi o wyjaśnienie czy udzielenie odpowiedzi na pytania, dla mnie stwierdzenie, że niektóre z tych zjawisk są przedmiotem dalszych badań, jest niewystarczające i odczuwam niepokój, czy możemy przejść do porządku dziennego nad taką sytuacją. Czy mimo wszystko naszym obowiązkiem nie byłoby wskazanie czy domaganie się od Najwyższej Izby Kontroli, żeby na te wykazane bardzo poważne uchybienia jednak zareagowała jakimiś bardziej konkretnymi wnioskami. W każdym razie wydaje mi się, że pytania postawione przez pana posła Dziubę co najmniej wymagają poważniejszej odpowiedzi na piśmie, i uważam to za wniosek minimalny z tej dyskusji.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Panie dyrektorze, proszę o stanowisko w tej sprawie.

Dyrektor Departamentu Zdrowia w NIK Lech Rejnus:

Pierwsza rzecz, najważniejsza – ocena. Oceniliśmy, że system mimo dużych mankamentów działa dobrze. Nie ma sytuacji takiej, że odmawia się pomocy. Karetki wyjeżdżają, większość ich dojeżdża w ustawowym terminie. Zdarzają się natomiast sytuacje takie, zwłaszcza w województwie małopolskim, co w naszej cenie pokazujemy, gdzie karetek jest mało, dlatego że system jest rozproszony, tam są tylko 3 karetki na 100 tys. mieszkańców. Wskazujemy te istotne niedociągnięcia.

Szpitalne oddziały ratunkowe natomiast – jak sami państwo mówią – funkcjonują nieźle. Jest jednakże problem, który pokazujemy, że tam trafia mnóstwo pacjentów, którzy trafić tam nie powinni. Kontrolowaliśmy przed sześciu laty podstawową opiekę zdrowotną. Z tej kontroli wyszło, że 20 proc. środków przekazywanych na POZ przekazywanych jest na badania pacjentów. Konsekwencja jest taka, że pacjenci idą zrobić sobie badania. O tym wszystkim wiemy. Moim zdaniem natomiast to nie obniża… bo to jest wewnątrz ratownictwa. Po prostu otoczenie systemu wpływa na to, że ten system jest obciążony nadmiernie, ale z tego powodu nie powinniśmy obniżać oceny, uważam. Prze-

słuchamy wypowiedź pana posła Dziuby odnośnie do wszystkich podniesionych problemów i szczegółowo się do nich ustosunkujemy.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Ja też odnoszę wrażenie, że problem dotyczy całego systemu opieki zdrowotnej, a nie szczególnie ratownictwa medycznego. Całego systemu opieki zdrowotnej, który jest po prostu nieefektywny.

Pan minister, proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Dziękuję. Chciałem właśnie podkreślić, że ratownictwo medyczne boryka się *de facto* z problemem z innych części systemu, bo samo ratownictwo działa naprawdę na wysokim poziomie. Mówimy oczywiście o błędach, o przypadkach, o których słyszymy, ale też wszyscy zdajemy sobie sprawę, że o negatywnych przypadkach będziemy słyszeć i powtarzać wiadomości o nich. Pozytywnych natomiast… Przypominam, że państwo mają ponad 1000 karetek, które jeżdżą, prawie 1500 dochodzi ta wartość. Jest na pewno gorzej w jakiejś skali i tę skalę eliminujemy. Każdy błąd, który się pojawia w systemie, jest przez wojewodów w pierwszej kolejności sprawdzany, po to, żeby weryfikować kolejne i wstawiać kolejne dyspozycje, kolejne procedury zabezpieczające przed takimi, a nie innymi zachowaniami zarówno ze strony karetek, jak i ze strony zespołów, jak i dysponentów, jak i SOR-ów.

Są problemy i staramy się je rozwiązywać. Cieszę się, że Najwyższa Izba Kontroli skontroluje również w 2013 roku podstawową opiekę zdrowotną i nocną, świąteczną pomoc. To też na pewno pozwoli… I później raport NIK dotrze jednak do świadomości społeczeństwa i ukaże, jaki jest stan. Każda informacja spowoduje poinformowanie społeczeństwa o nocnej, świątecznej pomocy, o wymogach, o tym, co mu się należy. Przed chwilą wspomniano o tym procentowym badaniu. 20 proc. przeznaczanej kwoty na badania to więcej niż kiedyś. Nie wiem, czy państwo pamiętają, ale było tak, że był zapis początkowy: 10 proc. ma być z kontraktu przeznaczone na badania. Teraz jest średnio ok. 20 proc. To jest średnia, i wiadomo, że niektórzy wydają mniej, inni więcej, ale zdajemy sobie sprawę, że tymi ciężkimi przypadkami trzeba się zająć i te 20 proc. nie wystarczy.

Dlatego też staramy się wywierać presję jakąś informacyjną po to, żeby od lekarzy POZ żądać chociażby przy skierowaniu podstawowych badań, bo później pacjent trafia na SOR. Zastanawiamy się też cały czas, jak akredytować, mamy problemy… Przepraszam, że przeskoczę. Ale między POZ-em a SOR-em, czy pacjent, który przychodzi z badaniami, trafia do szpitala, a szpital mówi: „Ale te badania są dla mnie niewiarygodne”. W tej chwili akurat minister Chlebus przygotowuje dokument, który… no jakieś standardy trzeba określić, po to, żeby nie dublować, bo te koszty rosną. Skoro ktoś wydał pieniądze na badania i te badania będą w laboratorium lub w diagnostyce jakiejś obrazowej, która będzie miała albo certyfikat, albo spełniała kryteria, to nie dublujmy, bo później SOR-y są kosztowne, bo wszystko na wstępie jest robione od początku do końca.

Droga jest przed nami jeszcze długa. Mentalność jeszcze musimy zmienić – i to, niestety, będzie trwało – zarówno pacjentów, jak i dyrektorów, żeby niektórzy nie patrzyli tylko na koszty, ale na zabezpieczenie pacjenta. Na pewno się spotkamy, po ciężkich bojach, ale gdzieś musimy się spotkać po drodze, i dalej ten system powoli zmieniać. I to nas czeka.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Panie ministrze, ale czy to nie jest argument przemawiający za tym, że jednak pacjenci wybierają SOR dlatego, że nie mogą się dostać do lekarza specjalisty, że kolejki są bardzo długie i w związku z tym pacjenci udają się po pomoc tam, gdzie mogą się dostać?

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Panie przewodniczący, z pewnością niektórzy tak, ale są też przypadki – kolejny przykład podam – że pacjenci są instruowani przez lekarza POZ: „Proszę iść na SOR i powiedzieć, co pana boli, a wtedy lekarz jest zobowiązany zrobić panu to, to i to”. Takie przypadki

kierujemy gdzie indziej akurat, ale ta świadomość, niestety… Lekarz POZ powinien mieć większą rolę w relacjach z pacjentem. Przepraszam, że do swoich doświadczeń się odwołam. Byłem dyrektorem szpitala, który miał POZ i dzięki temu, że miałem POZ i AOS, czasami miałem nie wyrobiony kontrakt w AOS-ie, bo pacjent nie trafiał po prostu tam, gdyż lekarz POZ-u obsługiwał go. Jedno laboratorium było, wiec koszty i tak… Ta opieka kompleksowa. Idziemy zresztą w tym kierunku, też umożliwiając innym, aby takie kontrakty kompleksowe zawierali.

Pozwolę sobie na wypowiedź jako dyrektor. Gdy pytałem swoich lekarzy, dlaczego mają tłumy pacjentów, bo w POZ mieli tłumy, mówili: „Ta pani np. przychodzi do mnie często. To polega na tym, że przychodzi ona po przedłużenie recepty, ale musi ze mną porozmawiać pół godziny, bo chce ze mną o swoich chorobach porozmawiać”. Określam to tak, że lekarz zachowuje się jak psycholog. Ale też musimy coś zrobić, żeby pielęgniarka mogła… chcemy, żeby pielęgniarka z tymi osobami rozmawiała. W niektórych rzeczach naprawdę niepotrzebna jest wizyta lekarza. I w tym kierunku powoli, powoli dążymy na spotkaniach z POZ, z lekarzami, rozmowy ku temu zmierzają, żeby właśnie rolę pielęgniarek, czyli osób, które będą filtrowały pacjentów, zwiększyć. No ale to wymaga czasu i zmiany mentalności. I powoli to idzie.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Czy jeszcze jakieś pytania? Proszę bardzo.

Poseł Beata Kempa (SP):

Tylko informacyjnie. Chciałam zapytać w związku z tym, że pan dyrektor był uprzejmy podać informację statystyczną, że np. w Małopolsce mamy 3 karetki na 100 tys. mieszkańców. Czy jest jakaś norma w tej materii i obowiązuje? Jeżeli zaś jest to grubo poniżej normy, to za zabezpieczenie medyczne, za cały system na terenie danego województwa odpowiada marszałek, tak? Dobrze myślę? I wojewoda. To pytanie: jeżeli są to 3 karetki na 100 tys. mieszkańców, to jak państwo to oceniają? Bo ktoś musi być odpowiedzialny za to. Nie może być tak, że po prostu tak jest i wszyscy ponarzekamy, że jest tak, a ludzie umierają. Trzeba coś z tym zrobić.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Szanowni państwo, pani przewodnicząca, to jest tak, że jedna karetka w tej chwili jest na 26 tys. mieszkańców. Gdy ustawa weszła, jedna karetka była na 33 tys., to była norma. *De facto* norma w Europie jest wyższa, niż mamy obecną. Mamy poniżej tej średniej, czyli 3 karetki na 100 tys. To jest taka norma w Europie. U nas zeszliśmy na 26. Jest to, powiedzmy, na te 105 tys. 4 karetki. Jesteśmy poniżej, mamy więcej karetek niż w Europie średnio przypadających i musimy się po prostu nauczyć też korzystać. Ta wiedza – myślę, że, niestety, za długi, długi czas – zmieni się.

Przepraszam, że się odniosę do przykładu z Anglii. Współpracujemy z Anglikami i oni mówią, że jeśli ktoś u nich zwichnął nogę, to nie pomyślał o wzywaniu karetki. Dzwonił do znajomego, żeby go podwiózł do szpitala. Anglik mówi: „Nie pomyślał o karetce, bo jaki to stan nagły? Nic się takiego nie stało, zwichnął nogę. Boli, nie może się ruszać, więc dzwoni po znajomego”. Przebudowa mentalności w społeczeństwie to długa droga, lecz mam nadzieję, że dojdziemy do takiego etapu, żeby rozróżniać, co jest stanem nagłym, a co nim nie jest.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Panie ministrze, angielska służba zdrowia nie należy do najlepszych.

Poseł Beata Kempa (SP):

Lepiej równajmy do wyższego poziomu. Jeszcze tylko jedna uwaga, zupełnie praktyczna. Wydaje mi się, że statystyka statystyką, na statystykę należy jeszcze nakładać rozum i życie. Moim zdaniem, gdy są takie tereny jak tereny górzyste, to statystycznie powinniśmy pomyśleć, że jednak należałoby więcej wyznaczyć np. karetek, podobnie jak na terenach obłożonych turystami, a takie są tereny Małopolski. I dlatego uważam, że zróżnicowanie terenu pod każdym względem powinno być przy takich kwestiach brane pod uwagę. Ale to już sprawa do oceny, do dyskusji.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Pan dyrektor, proszę.

Dyrektor Departamentu Zdrowia w NIK Lech Rejnus:

Na potrzeby dzisiejszego posiedzenia Komisji wydobyliśmy z archiwum raport z 1995 roku. Cztery, pięć zdań z niego warto przytoczyć. Proszę.

Wicedyrektor Departamentu Zdrowia w NIK Piotr Wasilewski:

Była to sytuacja, gdy jeszcze nie istniał system państwowego ratownictwa medycznego, wszystkie problemy były właściwie załatwiane przez jednostki pogotowia ratunkowego. I tak: „Mimo, że jednym z założonych kierunków zmian było zwiększenie dostępności pomocy ambulatoryjnej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, to jednak w żadnym z kontrolowanych województw nie dokonano istotnych zmian związanych z wydłużeniem czasu otwarcia tych placówek. Poza jednostkami pogotowia ratunkowego całodobowo czynne były w zasadzie wyłącznie izby przyjęć szpitali, w dużych miastach izby przyjęć szpitali pełniących tzw. ostry dyżur. Poza przypadkami nagłymi nie zawsze jednak izby przyjęć szpitali przyjmują pacjentów bez skierowania lekarskiego. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej, przychodnie rejonowe, ośrodki zdrowia czynne są z reguły w godzinach od 8.00 do 15.00. Jakkolwiek dyrektorzy wydziałów zdrowia wydali dyrektorom publicznych ZOZ-ów zalecenia wydłużenia czasu pracy przychodni, to jednak nie spowodowało to żadnych istotnych zmian w czasie funkcjonowania tych przychodni”.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

No tak. Ale kiedy będziemy mieli taki system jak w Szwecji, to wtedy rzeczywiście zestawienie z dzisiejszą sytuacją będzie zupełnie odmienne.

Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Cezary Rzemek:

Rozumiem, panie przewodniczący, że sytuację z karetkami porównujemy do sytuacji w Szwecji. Ale tak naprawdę każdy obywatel, każdego kraju jest niezadowolony z systemu zdrowotnego, zawsze pokazuje, że są lepsze.

Zgodzę się z panią przewodniczącą. My też staramy się te karetki kontraktować, chociażby połówki tak zwane, czyli na sezonowość. Wiadomo, że do Zakopanego przyjeżdża więcej osób. Podobnie jak w drugą stronę – na Mazury. Wtedy mamy sezonowe, łącznie z helikopterem dodatkowym, który sezonowo stacjonuje w Kołobrzegu. To weźmiemy pod uwagę. Jak mówiłem, staramy się rozwijać i zmieniać, a na to, niestety, czasu i zmiany mentalności potrzeba.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Do sprawy wrócimy przy kolejnej kontroli NIK, tym razem poświęconej nocnej pomocy lekarskiej.

Drugi punkt porządku obrad – sprawy bieżące. Czy w sprawach bieżących chcieliby państwo zabrać głos? Nie słyszę.

Bardzo dziękuję państwu, dziękuję państwu posłom. Zamykam dyskusję. Stwierdzam, że porządek dzienny posiedzenia został wyczerpany.

Informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.

Zamykam posiedzenie. Dziękuję.